Nr. 9 Rok II

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE I FIZYKALNE

Skrzynka pocztowa

Uprzejmie prosimy naszych Czytelników nadsyłać do skrzynki pocztowej jak najliczniej zapytania zarówno z dziedziny zagadnień, dotyczących przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, farmakologji i pokrewnych dziedzin, jak też z codziennej praktyki lekarskiej. Na pytania te będą udzielane odpowiedzi przez osoby najbardziej kompetentne w danej dziedzinie wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej w Polsce.

Dr. El.

Promieniowanie mitogenetyczne.

(c. d.)

Na charakterystykę każdego źródła, wzbudzającego promieniowanie mitogenetyczne, składają się pięć czynników, które możemy określić następująco:

1. *Próg czasu* t. j. ten minimalny okres czasu, jaki jest jeszcze w stanie wywołać zjawisko promieniowania mitogenetycznego.
2. Czynnik wpływający na *stopień efektu.*
3. Czynnik wywołujący *stronność efektu.*
4. „ „ *załamanie efektu.*
5. Czynnik odległości.

Próg czasu.

Obserwując hodowle agarowe drożdzy, używanych zazwyczaj jako detektorów promieniowania mitogenetycznego, spostrzegamy często, że próg czasu dla najrozmaitszych źródeł promieniowania, wykazuje dość znaczny obszar wahań-wynoszący od kilku sekund do 30 minut. Ten próg czasu nie zawsze idzie równolegle z intensywnością źródła, dotyczy to przedewszystkiem takich źródeł jak: lampa łukowa, kwarcowa i t. p., których intensywność, będąc większą nieraz o miljony razy od intensywności biologicznych źródeł promieniowania, może nie dawać żadnego lub prawie żadnego efektu promieniowania mitogenetycznego.

Różnica wielkości progów czasu dla linij widmowych źródła stałego (lampa łukowa) i dla linij iskrowych, naprowadza na myśl, że wielkość progu czasu uzależniona jest przedewszystkiem od sposobu naświetlania detektora, z czego wnosić już można, że stosunek intensywności (próg czasu) źródeł takich jak lampa kwarcowa, łukowa, nie może być traktowany narówni z takim stosunkiem źródeł biologicznych; więcej nawet wydajność źródła oceniana progiem czasu nie może być sprowadzona do jednoznacznego związku z jego intensywnością w sensie fizycznym t. j. z ilością kwantów na jednostkę powierzchni na sekundę.

Według zatem wszelkiego prawdopodobieństwa ma tu największe znaczenie sposób naświetlania, które to przypuszczenie potwierdza się eksperymentalnie.

Stopień efektu.

Cały szereg eksperymentów wykazuje, że najrozmaitsze źródła promieniowań, wywołują różne stopnie efektu promieniowania mitogenetycznego.

Dotychczasowe jednak badania nie pozwalają na wysnuwanie jakiegoś wniosku, któryby zezwolił mniemać, że każde źródło promie-

niowania charakteryzuje się zdolnością wywoływania jemu tylko właściwego stopnia efektu.

Stronność efektu.

Czynnik czasu t. j. długotrwałość ekspozycji ma różne znaczenie dla różnych źródeł promieniowania.

Blacher i jego współpracownicy cytują przypadki, gdzie maksymum otrzymanego efektu wiąże się bezpośrednio z progiem czasu.

Doświadczenia Franka nad promieniowaniem mięśni wykazują nam znowu, że efekt indukcyjny jest jednakowy zarówno przy ekspozycji 10 sek. jak i przy 10 minutowej.

Wyraźnem przeciwieństwem powyżej przytoczonych faktów są doświadczenia inne, w których stwierdza się, że niektóre tkanki, będąc bardzo słabemi źródłami promieniowania mitogenetycznego, w porównaniu z mięśniem będącym w skurczu, dają efekt indukcyjny już po dwóch minutach tak znacznej wartości, jakiej mięsień w/w nie osiąga.

Po 10-ciu minutach wartość efektu obniża się — czego znowu przy obserwacji mięśnia nie stwierdzamy.

Ten spadek efektu indukcyjnego, tworzy przejście do dalszego typu krzywej czasu indukcji, która doprowadza nas do nowego czynnika tak zwanego załamania efektu.

Załamanie efektu.

Doświadczenie indukcyjne z bijącem sercem żaby doprowadziły do zupełnie nieoczekiwanych rezultatów, a mianowicie do wcześnie występującej depresji (zmniejszenie liczby pączków w hodowli drożdży).

Ekspozycja 2—3 minut doprowadza już regularnie do powyższego rezultatu. To załamanie się efektu występuje już podczas krótkiej ekspozycji z wyżej wspomnianem doświadczeniem, gdy inne źródła indukcyjne efekt taki wywołują o wiele później albo wcale.

Zaznaczyć jednak należy, że przy podrażnieniu świetlnem metodą frakcyjną depresja występuje bardzo łatwo i dają ją wszystkie źródła promieniowania.

Czynnik odległości.

Jeśli będziemy rozpatrywać hodowle agarowe drożdży, jako równomiernie świecące powierzchnie, to należy przypuszczać, że przy zachowaniu stałości stosunków między wielkością powierzchni i odległością, między źródłem i detektorem, intensywność naświetlania pozostanie na stałem poziomie.

W takim razie wychodząc tylko z założenia intensywności źródła jako czynnika określającego efekt, możnaby było oczekiwać, że przy

zachowaniu proporcjonalności między średnicą promieniującej powierzchni i odległością od detektora otrzyma się efekt jednakowy.

Doświadczenia jednak takiego przypuszczenia nie potwierdzają i obserwować możemy takie zjawisko, że naświetlając z odległości

40 mm. — konstatujemy brak efektu
10 mm. — „ ślady efektu
3 mm. — „ efekt dobry.

Rozpatrując poszczególne czynniki, które charakteryzują każde źródło promieniewania mitogenetycznego, zauważyliśmy, że sposób naświetlania wywiera kolosalny wpływ na tylko co opisane właściwości.

O sposobach tych będziemy mówili obecnie.

Rytmiczno-przerywany sposób naświetlania (frakcjonowanie).

Przyczyną takiego sposobu naświetlania promieniami mitogenetycznemi było to spostrzeżenie, że organizm żywy żyjąc stale w ultrafiolecie dzięki mitogenetycznemu promieniowaniu krwi, przytępia się na drażnienia mitogenetyczne o stałej intensywności.

Z tego względu przypuszczano, że wahania rytmiczne tej intensywności doprowadzą do bardziej widocznych rezultatów.

Metoda powyższych doświadczeń polega na tem, że między źródłem promieniowania i detektorem ustawia się szybko obracany krążek z równomiernie rozmieszczonemi otworami o jednakowej średnicy.

Wychodząc z przybliżonej liczby 1500 obrotów na minutę (mając jedno wycięcie na krążku) rozporządzamy okresem 1/25 sekundy.

Przy takim okresie okazuje się, że rytm taki nie daje jeszcze optymalnych rezultatów, ponieważ próg czasu przy więcej drobnem frakcjonowaniu może być jeszcze więcej obniżony.

Ten wpływ frakcjonowania, jak przyjmują autorzy, odbija się przedewszystkiem na progu czasu i progu odległości, żadnego zaś wpływu nie wywiera na stopień efektu, który według nich zależy od zupełnie innych czynników.

Wielkość progu czasu przy nieprzerwanem naświetlaniu hodowli drożdżowej wynosi 6—8 minut — przy frakcjonowanem sposobie naświetlania próg czasu redukuje się do 12—15 sekund.

Najwięcej dziwnym i trudnym do wyjaśnienia faktem jest wpływ frakcjonowania na próg odległości.

Z wielu doświadczeń uprzednio przeprowadzonych wiadomo nam, że przy mutoindukcji jaknajszybszy czas ekspozycji dużych bloków hodowli agarowej drożdży odległych od siebie o 3 ctm. nie daje żadnego efektu — gdy po zastosowaniu frakcjonowania efekt dodatni otrzymuje się nawet z odległości 15 ctm.

Zastanawiając się nad frakcjonowaniem, autorzy stawiają sobie pytanie: co w tym zjawisku jest decydującego—przerywanie czy rytm. Według wszelkiego prawdopodobieństwa wpływ swój dodatni wywierają jednak oba czynniki.

Wkradanie się efektu mitogenetycznego

Wyraźnem przeciwieństwem do frakcjonowania jest sposób naświetlania promieniami mitogenetycznemi zapomocą stałego i pomału narastającego podnoszenia się wartości, charakteryzującej intensywność promieniowania. (c. d. n.)

Dr. Jota.

Kilka słów o Haemostatorze.

W chwili obecnej jesteśmy świadkami doniosłych zdobyczy nauki lekarskiej, śród których zaszczytne miejsce zajmuje polski wynalazek, przyrząd do tamowania krwotoków „Haemostator“ Singera. Jest to wielki postęp ratownictwa i techniki zabiegów lekarskich.

Codziennie czytamy w prasie o wypadkach pokąszenia przez wściekłe psy lub żmije jadowite, gdzie natychmiastowe zatamowanie przepływu krwi ze zranionej części ciała do organizmu stanowi o życiu człowieka; a jakże częste są wypadki zranienia tętnic lub odcięcia palców i kończyn podczas pracy, gdzie nieraz następuje zejście śmiertelne spowodowane upływem krwi a to wobec braku pod ręką radykalnych środków do zatamowania krwotoku przed przybyciem lekarza. Wówczas właśnie „Haemostator“ niesie niezastąpioną pomoc wszystkim ofiarom wypadków nieszczęśliwych przy pracy w przemyśle, w sporcie, w podróży, w gospodarstwie wiejskiem oraz w życiu codziennem. Pomoc ta jest szybka i niezawodna. Dzięki prostej konstrukcji „Haemostator“ może być użyty przez osoby nieposiadające wyszkolenia fachowego.

Wszelkie krwotoki ze zranionych kończyn i innych części ciała zostają szybko i niezawodnie zatamowane. Zamiast przestarzałych sposobów, pociągających za sobą zgorzel i porażenie nerwów, została stworzona zupełnie bezpieczna, niezawodna i prosta metoda tamowania krwotoków. Nadto „Haemostator“ daje możność udzielania pomocy w przypadkach złamań.

Już w ciągu stosunkowo krótkiego czasu „Haemostator“ pozyskał całkowite uznanie społeczeństwa, kół fachowych oraz sfer rządowych. Świadczą o tem okólniki Ministerstwa Opieki Społecznej, Ministerstwa Poczt i Telegrafów, Ministerstwa Komunikacji, Ministerstwa Spraw Wojskowych, Ministerstwa Sprawiedliwości, Polskiego Czerwonego Krzyża i innych instytucyj.

Wymienione okólniki jednomyślnie zalecają stosowanie „Haemostatora“ do tamowania krwotoków w wypadkach nagłych.

Wobec powszechnego uznania i przychylnej oceny przez czynniki miarodajne przyrząd „Haemostator“ powinien się znaleźć w każdym zakładzie przemysłowym, w każdej podręcznej apteczce instytucyj rządowych, towarzystw sportowych, szczególnie zaś przyrząd ten jest niezbędny dla oddziałów sanitarnych wojsk lądowych, marynarki i lotnictwa.

Wreszcie największe usługi może oddać „Haemostator“ w zakresie obrony lotniczej i przeciwgazowej wówczas, gdy konieczna jest szybka i sprawna obsługa sanitarna wojska i ludności cywilnej, co zasługuje na szczególną uwagę czynników miarodajnych.

Streszczenia.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

B. Plotke. **Kombinowane leczenie nadciśnienia zapomocą bromu i wapnia.** (Kombinierte Brom- und Calciumbehandlung bei Hypertonie). Therapie der Gegenwart Nr. 5, maj 1935 r.

Badając starannie osobników w wieku między 35 — 45 lat można bardzo często stwierdzić stosunkowo wysokie ciśnienie krwi. Badanie układu naczyniowego i badanie czynnościowe nerek nie dają w tej mierze dostatecznego wytłumaczenia. Są to przypadki nadciśnienia samoistnego. Jako czynniki etjologiczne należy wymienić nadmierne żywienie, nadużycie alkoholu i nikotyny, ciężkie wymagania walki o byt, które powodują nadmierne pobudzenie psychiczne. W opisanych przypadkach przy badaniu stwierdza się wzmożoną pobudliwość układu nerwowego. Tętno jest zazwyczaj przyśpieszone, nadto II-gi ton nad tętnicą płucną jest zaakcentowany.

Zgodnie z powyższemi danemi kształtują się skargi i dolegliwości chorych. Przedewszystkiem występują stany kurczowe naczyń mózgowych, które ujawniają się połowiczemi bólami głowy, nadto chorzy uskarżają się na napady zawrotów głowy, uderzenia krwi do głowy, bezsenność, bóle w okolicy serca o charakterze dławicowym. Powyższym objawom towarzyszą kołatanie serca, nadmierna pobudliwość nerwowa, uczucie ucisku poza mostkiem, zapalczywość i stany przygnębienia.

Leczenie winno zmierzać obok obniżenia ciśnienia krwi również do złagodzenia nadmiernej pobudliwości. Wchodzą tu w rachubę zarządzenia higjeniczno-djetetyczne, uregulowanie trybu życia, djeta bezsolna lub małosolna, ograniczenie spożycia mięsa i zakaz spożywania alkoholu i nikotyny. Ze środków farmakologicznych główne znaczenie

posiadają pochodne kwasu barbiturowego i sole bromowe. Ostatnio powstały duże zastrzeżenia w stosunku do pochodnych kwasu barbiturowego, gdyż wywołują one szkodliwe przyzwyczajenie się. Zarzut ten nie dotyczy przetworów bromowych, lecz w tym wypadku stoją na przeszkodzie do dłuższego podawania bromu gorzki smak, objawy zatrucia bromem, trądzik, nieżyt nosa, senność i zmęczenie.

Autor zaleca stosowanie połączenia bromu z wapniem w postaci Calcibromatu. Przetwór ten zawiera o dwa razy więcej wapnia niż Ca Br. Wapń hamuje działanie drażniące bromu na tkanki. Calcibromat podaje się 2 — 3 razy dziennie łyżkę stołową.

Powyższy środek został wypróbowany w różnych postaciach nadciśnienia samoistnego zwłaszcza u osób młodych, nadto w przypadkach nadciśnienia klimakterycznego, nadciśnienia na tle miażdżycy i t. zw. nadciśnienia trwałego (Volhard). W przeważającej większości przypadków uzyskano pomyślne wyniki, które polegały na obniżeniu się ciśnienia i ustąpieniu objawów podmiotowych.

Felix. **Zachowanie się urobilinogenu w wątrobie.** (Das Verhalten des Urobilinogens in der Leber). Medizinische Klinik Nr. 28, lipiec 1935 r.

W normalnym moczu zawarta jest mała ilość substancji, która powoduje odczyn aldehydowy. Dopiero po ogrzaniu odczyn ten wypada dodatnio. Jeżeli zabarwienie czerwone występuje na zimno, wówczas stanowi to oznakę uszkodzenia wątroby.

Opisany odczyn jest uwarunkowany przez urobilinogen, z którego powstaje urobilina. Substancją macierzystą urobilinogenu jest bilirubina, z której urobilinogen powstaje wskutek redukującej czynności bakteryj jelitowych. Stwierdzenie urobilinogenu uskutecznia się zapomocą dimetylaminobenzaldehydu.

Sztucznie uzyskano urobilinogen z bilirubiny.

W obrębie jelit urobilinogen ulega następującym przemianom. Część przeistacza się w urobilinę, która stanowi sterkobilinę kału. Inna część wydziela się z moczem jako urobilinogen lub urobilina. Wreszcie część ulega powrotnemu wchłanianiu przez wątrobę z krwi żyły wrotnej. Normalna wydolna wątroba przepuszcza mało urobilinogenu, który można wykazać w moczu po ogrzaniu. Jeżeli zdolność wątroby do zatrzymania urobilinogenu jest upośledzona, wówczas urobilinogen występuje w moczu w dużej ilości, wskutek czego odczyn aldehydowy wypada na zimno. Powyższe zjawisko może być spowodowane przez uszkodzenie komórki wątrobowej. Odczyn aldehydowy

stanowi najlepszą próbę czynnościową wątroby, gdyż zużytkowanie urobilinogenu z przepływającej krwi świadczy o czynności swoistej zdrowej komórki miąższu wątrobowego.

Urobilinogen, zatrzymany w wątrobie zostaje zużyty do ponownego wytwarzania bilirubiny. Doświadczalnie stwierdzono, iż po dodaniu urobilinogenu do papki wątrobowej następuje znaczne zmniejszenie się dodanego urobilinogenu.

Jeżeli opisane doświadczenie wykonać po uprzedniem zagotowaniu papki wątrobowej, wówczas zmniejszenie się dodanego urobilinogenu nie występuje. Najkorzystniejsze warunki do wchłaniania urobilinogenu przez papkę wątrobową stwierdza się przy pH = 7,1.

Przeróbka urobilinogenu przez wątrobę polega na rozkładzie na dwie części, które później służą jako podstawowe substancje do tworzenia bilirubiny.

PEDJATRJA.

E. Müller. **W sprawie żywienia starszych dzieci.** (Zur Ernährung des älteren Kindes). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 11 12, czerwiec 1935 r.

(Dokończenie)

3. Obiad. Papka jarzynowa (nie należy

3. Obiad.	Papka jarzynowa (nie należy zbytnio gotować)	150 gr.
	papka kartoflana (z wodą po gotowaniu)	150 gr.
	masło	10 gr.
	sól	1/2 gr.
	mięso	25 gr.
	sałata	40 gr.
	owoce surowe	75 gr.

Podwieczorek: I odmiana: 150 gr. mleka
II „ posiłek składający się z owoców jak drugie śniadanie.

Przerwa w posiłkach na przeciąg $3^1/_4$ godziny.

Kolacja: I odmiana	papka jarzynowa	100 gr.
	papka kartoflana	100 gr.
	lub potrawa kartoflana	200 gr.
	masło	10 gr.
	sól	1/2 gr.
	1/2 żółtka lub twaróg	30 gr.
	surowe owoce jak do drugiego śnadania	

II odmiana	papka mleczna	150 gr.
	owsianka	35 gr.
	masło	10 gr.
	cukier	15 gr.
	sól	$^{1}/_{2}$ gr.
	na zmianę $^{1}/_{2}$ żółtka lub twaróg	30 gr.
	na żądanie surowe owoce	30 gr.

Jadłospis dla dziecka między 5-tym a 7-mym rokiem życia.

1. Śniadanie:	mleko	150 gr.
	kawa zbożowa (5:100)	50 gr.
	cukier	15 gr.
	chleb razowy	75 gr.
	masło	15 gr.
	marmolada	15 gr.
2. Śniadanie:	Surowe owoce, surowe marchewki, ogórki, rzodkiewki	125 gr.
	chleb żytni, } na żądanie	75 gr.
	masło } na żądanie	15 gr.

Przerwa w posiłkach na przeciąg $3^{1}/_{4}$ godziny.

Obiad:	papka z jarzyn, kapusta	200 gr.
	kartofle jako papka lub gotowane na parze	200 gr.
	masło lub sos	20 gr.
	sól	$^{1}/_{2}$ gr.
	sałata	50 gr.
	surowe owoce	75 gr.

Podwieczorek

I odmiana: śniadanie mleczne jak 1-sze śniadanie
II „ śniadanie owocowe jak 2-gie śniadanie.

Przerwa w posiłkach na przeciąg $3^{1}/_{4}$ godziny.

Kolacja. I odmiana:	papka jarzynowa	150 gr.
	papka kartoflana	150 gr.
	masło	15 gr.
	sól	$^{1}/_{2}$ gr.
II odmiana:	chleb żytni	75 gr.
	masło	15 gr.
	na zmianę wędlina	20—25 gr.

ser 30 gr.
lub jajo (2 razy na tydzień).
III odmiana: surowe owoce wszelkiego rodzaju 125 gr.

Wymienione posiłki można zastąpić mlekiem 150 gr. z potrawą kartoflaną.

E. Nassan. **O grypie dziecięcej w środowisku rodzinnem.** (Ueber Grippe der Kinder in der Familie). Die ärztliche Praxis Nr. 7, lipiec 1935.

Zdaniem Finkelsteina należą do grypy te wszystkie schorzenia dróg oddechowych, które ujawniają się w postaci ostrego zakaźnego nieżytu. Częstość, występowanie i postać schorzeń grypowych są uwarunkowane porą roku i wiekiem dziecka. 87% wszystkich przypadków dotyczy mięsięcy od września do kwietnia, zaś tylko 13% przypada na miesiące od maja do sierpnia i to przeważnie w postaci letniej anginy. Wpływy klimatyczne odgrywają rozstrzygającą rolę w występowaniu grypy. Nadto istnieją zmiany fizjologiczne w ustroju dziecka, które okresowo regularnie powracają. Wymienione zmiany przebiegają odpowiednio do zmian pór roku i powodują odmienną zdolność ustroju do odczynów względem zarazków chorobowych. Wpływ ochłodzenia i przeziębienie posiadają dla chorego mniejsze znaczenie niż ogniska zakaźne w otoczeniu dziecka. Częstość zachorowań wzrasta od niskich wartości w 1-ym roku życia do szczytu w 2-gim i 3-cim roku, później stopniowo opada do niskich wartości w 9-tym do 11-go roku życia. Nasilenie objawów zmniejsza się wraz ze zmniejszeniem się częstości schorzenia. Mniej więcej jednakowo przedstawia się podział przypadków przerostu migdałków według wieku dziecka.

Wraz z zmniejszeniem się zachorowalności grypa coraz bardziej zatraca charakter schorzenia ogólnego i przybiera charakter wyraźnego cierpienia miejscowego. Można odróżnić poszczególne typy dzieci grypowych w zależności od konstytucji. Dzieci o typie normalnym podobnie jak dorośli chorują na nieżyt górnych dróg oddechowych 1—2 razy rocznie do 9—11 roku życia. Są to dzieci dobrze odżywione o dobrym wyglądzie, które w okresie niemowlęcym również nie chorowali. W innych przypadkach dzieci wykazują ciągle skłonność do zachorowania, przyczem są one nieustannie zagrożone zakażeniami, które powodują różne powikłania. Dopiero w okresie dojrzewania owe usposobienie ulega złagodzeniu. Są to dzieci limfatyczne, pochodzące z rodzin, gdzie stwierdza się zjawiska artretyczne. Dzieci, które chorują w bardzo wczesnym wieku, po kilku latach zatracają skłonność

do zachorowania i cieszą się później dobrem zdrowiem. W tym wypadku są to dzieci ze skazą wysiękową, przyczem w rodzinie częste są schorzenia artretyczne. Najmniejszą grupę stanowią przypadki późnych zachorowań. Spoczątku dzieci te wykazują właściwości typu normalnego, dopiero w okresie szkolnym występuje wzmożona zachorowalność, która ustępuje dopiero w okresie dojrzewania. Dzieci te skarżą się często na bóle, zależne od procesów wzrostu. Bóle te stanowią wyraz skazy artretycznej. Należy nadto zaznaczyć, iż w licznych przypadkach dzieci z objawami nadwrażliwości skóry i błony śluzowej górnych dróg oddechowych również ujawniają nadwrażliwość w zakresie przewodu żołądkowo-jelitowego. W tych razach istnieje większa skłonność do zapalenia wyrostka robaczkowego i płonicy. Na podstawie wieloletniego doświadczenia autor twierdzi, iż zakażenia grypowe nie stanowią wskazania do operacyjnego wycięcia migdałków. Wycięcie migdałków stwarza niebezpieczeństwo powstania nieżytów krtani, oskrzeli a nawet odczynów dychawiczych zamiast poprzedzających nieżytów nosa i gardzieli. Wyjątek w tej mierze stanowią jedynie nawracające ropne zapalenia migdałków.

Bormann. **Obrady 6-go północnego Kongresu Pedjatrycznego w Sztokholmie.** (Verhandlungen des 6 nordischen Kongresses für Kinderheilkunde in Stockholm). Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 30, lipiec 1935 r.

Podczas obrad obszernie omawiano sprawę zakażeń szpitalnych (H o s p i t a l i s m u s). Podkreślono, iż ryzyko zakażenia w szpitalach dziecięcych dochodzi do 50%.

W sprawie leczenia zaburzeń oddechowych wcześniaków podał nową metodę Ylppö. Metoda ta polega na bezpośredniem wprowadzeniu tlenu do żołądka zapomocą cewnika Nelatona. W tym wypadku stwierdza się, iż po 10 minutach tlen ulega wchłanianiu. W następstwie stosowania opisanej metody stwierdza się szybką poprawę.

Poruszone było nadto leczenie niedokrwistości w przebiegu ciąży zapomocą przetworów żelaza. Podawanie żelaza w ciąży korzystnie działa na rozwój płodu.

Wiele uwagi udzielono zagadnieniom gruźlicy. Zdaniem Brinkanna doustne podawanie szczepionki B. C. G. jest prawdopodobnie bezskuteczne. Osiągnięta zapomocą szczepionki B. C. G. wrażliwość skóry na tuberkulinę jest przemijająca. W niektórych przypadkach wrażliwości tej nie osiąga się.

Co do krzywicy podkreślono zwiększoną ilość fosfatazy w zarodzi komórkowej w przebiegu tego schorzenia. Pod wpływem leczenia przeciwkrzywiczego nadmierna zawartość fosfatazy wraca do normy. Wzrost poziomu fosfatazy we krwi bez objawów klinicznych krzywicy świadczy o utajonej awitaminozie.

Lenstrup na podstawie 25 odnośnych przypadków podkreślił, iż przyczyną niedorozwoju umysłowego (Imbezillität) na tle kiły wrodzonej było niedostateczne leczenie. Wobec zaniedbania leczenia przez matki konieczne jest w tych przypadkach wyjałowienie kobiet.

Catel. **W sprawie żywienia niemowląt.** (Zur Säuglingsernährung). Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 28, lipiec 1935 r.

Prawidłowe żywienie niemowląt winno być mieszane. Jednak należy zachować ostrożność przy podawaniu jaj i potraw mięsnych. Żółtko jaj można dodać do 10% kleiku ryżowego bez szkody dla niemowlęcia. Poczynając od 10-go miesiąca dozwolone jest spożywanie potraw mięsnych (5—10—15 g. siekanej wątróbki — Leberpürree). Od 5-go miesiąca życia celowe jest podawanie papki bez domieszki mleka. Pod tym względem stosowne są papki z bananów z sucharkami, z kaszki owsianej, z jabłkami. Wymienione papki bez domieszki mleka zasługują na szczególną uwagę. Naogół rozcieńczenie mleka nie powinno być mniejsze niż pół na pół (Halbmilch). W drugiej połowie pierwszego roku dobowa ilość mleka 400 cm³ — 500 cm³ jest wystarczająca. Obok mleka należy stosować soki owocowe. W drugim roku życia ilość mleka należy ograniczyć do 400 cm³ na dobę. W okresie tym jest dozwolone spożywanie mięsa. Wreszcie w drugim roku życia pożywienie dziecka winno być zbliżone do jadłospisu osób dorosłych.

NEUROLOGJA I PSYCHJATRJA.

G. Boehm. **Leczenie obwodowego niedowładu nerwu twarzowego.** (Die Behandlung der peripheren Facialisparese). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 29, lipiec 1935 r.

Aby przeprowadzić skuteczne leczenie niedowładu obwodowego nerwu twarzowego, konieczne jest ustalenie przyczyny cierpienia. Wchodzą tu w rachubę następujące czynniki: kiła, schorzenia ucha środkowego, procesy ropne w obrębie kości skalistej, guzy podstawy mózgu i czaszki, guzy i schorzenia zapalne szczęki dolnej, ograniczone procesy w obrębie opon mózgowych, wreszcie sprawy zapalne jam obocznych. Jeśli chodzi o sprawy zapalne jam ubocznych, to w tym wypadku możliwe jest szerzenie się sprawy wzdłuż dróg chłonnych i zajęcie otoczek nerwu twarzowego. W ten sposób powstać mogą zmiany chorobowe w zakresie nerwu twarzowego. Konieczne jest celowe leczenie cierpienia podstawowego. Bardzo często jest rzeczą niemożliwą ustalenie etjologji zapalenia nerwu twarzowego. W tych razach należy się ograniczyć do przypuszczeń w kierunku tła gośćcowego. Jeżeli mięśnie reagują należycie, wówczas wskazana jest elektryzacja. Najbardziej skutecznie działa prad faradyczny. Obok faradytacji stosuje się masaże i ćwiczenia mięśni unerwionych przez nerw zwarzowy. Masaże zapobiegają grożącym przykurczom, które mogą wystąpić na tle marskości w obrębie porażonych mięśni. Niekiedy korzystnie działa diatermja krótkofalowa. W przypadkach przewlekłych przetwory salicylowe i piramidon nie osiągają wyników. Natomiast korzystnie działa strychnina, która wpływa pomyślnie na niedowład i zanik mięśniowy. Długotrwały niedowład w zakresie nerwu twarzowego na tle gośćcowym świadczy o poważnem rokowaniu. Szczególnie niepomyślne jest rokowanie w razie stwierdzenia całkowitego odczynu zwyrodnienia w zakresie nerwu twarzowego.

N. Szallzer. **Technika i dawkowanie naświetlań rentgenowskich w schorzeniach wewnątrzczaszkowych.** (Technik und Dosierung der Röntgenbestrahlung bei intrakraniellen Erkrankungen). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 29, lipiec 1935 r.

Naświetlania przy wrodzonem wodogłowiu dotyczą 4-ch pól, aby zadziałać na tkankę mózgową, która wydziela płyn. Ta sama technika jest wskazana przy liquorrhoe, bólach głowy, padaczce i zapalnych schorzeniach mózgu. Celem uniknięcia burzliwych odczynów, jak nagłe wzmożenie ciśnienia, wskazane są t. zw. naświetlania frakcjonowane.

W przebiegu guzów mózgu metoda naświetlań zależy od wielkości guzu, jego właściwości histologicznych, od wodogłowia, od ciśnienia wewnątrzczaszkowego, wreszcie od tej okoliczności, czy czaszka jest zamknięta lub nie. Zamknięta czaszka i wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe stanowią przeciwwskazanie do naświetlań. W tym wypadku można wykonać naświetlanie próbne zapomocą około 50 r., aby przekonać się o tolerancji chorego. Duże dawki promieni są bezcelowe, gdyż w tych przypadkach, które nie reagują na dawki średnie promieni, pozostają bezskuteczne również dawki duże. Celowe jest naświetlanie chorych po operacji guzów mózgu.

Przestrzegając dokładnie zasad metodyki, można uniknąć szkodliwego działania ubocznego. W razie ścisłego rozpoznania naświetlania winny być poprzedzone zabiegiem operacyjnym. Jedynie, gdy chorzy nie zgadzają się na operację, można odrazu przystąpić do naświetlań.

Pomyślne wyniki osiągnięto zapomocą naświetlań w przypadkach migreny i czaszki wieżowatej.

Szczególnie pomyślnie działają naświetlania w przebiegu guzów ponadsiodełkowych. W tych razach często stwierdza się ustępowanie zaburzeń wzrokowych.

Wszyscy autorzy przestrzegają przed naświetlaniami guzów mózgu przy zamkniętej czaszcze. Naogół naświetlania można stosować jako leczenie następowe po operacji. Jeżeli rozpoznanie guza mózgu jest ścisłe, wówczas przedewszystkiem wskazane jest leczenie operacyjne.

CHIRURGJA.

P. Moure. **Leczenie gruźliczych zapaleń gruczołów chłonnych zapomocą wstrzykiwań do dróg chłonnych rozczynu eterowego chlorofilu formolowego.** (Traitement des adénites tuberculeuses par l'injection intralymphatique de chlorophylle formolée en solution éthéreé). La Presse Médicale Nr. 59, lipiec 1935 r.

Stosowanie blokady układu chłonnego w leczeniu zapaleń gruczołów chłonnych na tle gruźlicy w większości przypadków okazało się bardzo skuteczne. Wstrzykiwania i nakłucia gruczołów, dotkniętych gruźlicą stosowano oddawna. Śród licznych płynów używanych w tym celu jednak dotychczas nie było niezawodnego środka, któryby dał możność uzyskać blokadę układu chłonnego w okolicy zakażonej prątkami gruźlicy.

Dotychczasowe metody wywoływały raczej martwicę niż zmiany włókniste w schorzałych gruczołach.

Autor wstrzykiwał do gruczołów gruźliczych limfosklerol (lymphosclérol). Jest to rozczyn eterowy chlorofilu formolowego. Wymieniony rozczyn w dużym stopniu posiada właściwość przenikania do

dróg chłonnych. Właściwość ta została sprawdzona drogą badań histologicznych w przypadkach schorzeń nowotworowych. Nadto limfosklerol wywołuje zmiany włókniste w zakresie układu chłonnego.

Przypadki gruźlicy gruczołów chłonnych leczonych limfosklerolem można było podzielić na 3 grupy następujące:

1) Przewlekłe zapalenie gruźlicze gruczołów chłonnych w okresie przerostu zapalnego. W obrazie chorobowym przeważało zapalenie jednego gruczołu głównego, który był otoczony grupą odosobnionych małych gruczołów.

2) Masy gruczołowe, powstałe ze zlania się poszczególnych gruczołów, które tworzyły zbitą guzowatość, otoczoną zapaleniem okołogruczołowem.

3) zapalenie gruczołów z przetokami z uszkodzeniem tkanki podskórnej i skóry.

Po wstrzykiwaniach limfosklerolu do gruczołu gruźliczego w górnej części mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego wystąpiło przemijające porażenie nerwe twarzowego. Okoliczność ta świadczyła o przenikaniu płynu wstrzykniętego drogą naczyń chłonnych do gruczołu przyusznego.

Ilość wstrzykniętego płynu nie powinna przekraczać $4\,cm^3$—$5\,cm^3$. Przy wstrzykiwaniach w okolicy gruczołu przyusznego konieczne jest zachowanie ostrożności. W razie wystąpienia objawów porażenia w zakresie nerwu twarzowego należy leczenie przerwać.

W licznych przypadkach uzyskano wyleczenie po dwuch wstrzykiwaniach.

Przypadki zserowacenia gruczołów, przetoki i zapalenia okołogruczołowe wymagały dłuższego leczenia.

W tych razach, gdy ujście przetok wykazuje zmiany atoniczne wskazane jest wstrzykiwanie kilku kropli limfosklerolu zapomocą cienkiej igły do skóry dokoła owrzodzenia. Po wymienionym zabiegu następuje szybkie zbliznowacenie ujścia przetoki.

Technika wstrzykiwań dogruczołowych jest bardzo prosta. W tym celu używa się strzykawki o 5 — $10\,cm^3$ z cienką igłą o kształcie bagnetowatym.

W przypadkach poliadenopatji w obrębie szyi należy obrać gruczoł powierzchowny w części środkowej trójkąta nadobojczykowego. Obrany gruczoł unieruchamia się zapomocą dużego palca i palca wskazującego, poczem do gruczołu wkłuwa się igłę, unikając żył powierzchownych.

Podczas powolnego wstrzykiwania gruczoł napina się, zaś drogi chłonne wypełniają się płynem wprowadzonym. Po kilku sekundach szybko wydobywa się igłę, przyczem otwór po nakłuciu uciska się palcem wskazującym, aby uniknąć wypływu limfosklerolu.

Konieczne jest unikanie wstrzykiwań do głębszych gruczołów.

Do limfosklerolu dodaje się 0,01 para-amino-bendźwinianu etylu jako środka znieczulającego.

Do gruczołów zropiałych i zserowaciałych wstrzykuje się 1—2 cm^3 limfosklerolu.

Po opisanych zabiegach występuje odczyn miejscowy w postaci obrzęku i odczyn gorączkowy do 39^0. Ze względu na wywołane odczyny wskazane jest stosowanie leczenia limfosklerolem w warunkach szpitalnych.

Nieodzownym warunkiem leczenia limfosklerolem jest dokładne ustalenie rozpoznania. Należy wykluczyć torbiel łojotokową, tłuszczak, schorzenie rakowate gruczołów, chorobę Hodgkina, przewlekłe zapalenie gruczołów na tle zakażenia dziąseł, zębów i migdałków.

W przeważającej większości przypadków osiągnięto zapomocą opisanej metody wyleczenie po dwuch miesiącach, przyczem stosowano 4 wstrzykiwania. W innych przypadkach leczenie trwało 6 miesięcy, ilość wstrzykiwań 10 — 15.

Niektórzy chorzy poddani byli następowo naświetlaniom promieniami ultrafioletowemi. W tym wypadku wchodziła w rachubę rola chlorofilu jako czynnika uczulającego na działanie światła.

Promienie ultrafiołkowe wywierają szczególnie pomyślnie działanie w przypadkach o ciężkim przebiegu. Naświetlań należy unikać w okresie odczynów gorączkowych.

Znamienną jest ta okoliczność, iż płyn wysiękowy, który wydobywał się z gruczołów nie wywoływał gruźlicy u świnki morskiej.

Mechanizm działania limforklerolu polega na tworzeniu ognisk odpornościowych, które wywołują szybkie gojenie się schorzeń gruczołowych.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

H. Vincent. **Połogowe zapalenie otrzewny uogólnione na tle zakażenia paciorkowcami. Leczenia wymienionego schorzenia surowicą przeciwpaciorkowcową.** (La péritonite puerpérale généralisée a streptocoques. Son traitement par la sérotherapie antistreptococcique). La Presse médicale Nr. 54. lipiec 1935 r.

W piśmiennictwie ogłoszono liczne przypadki skutecznego stosowania surowicy w leczeniu posocznicy paciorkowcowej. Z tego względu zasługują na uwagę przypadki zapalenia połogowego otrzewny, leczone surowicą przeciwpaciorkowcową. Dzięki wspomnianej metodzie osiągnięto wyleczenie u licznych chorych, poddanych uprzednio operacji.

Posocznica, powikłana zapaleniem otrzewny, jest schorzeniem o bardzo niepomyślnem rokowaniu. Stosowanie surowicy w tym wypadku nie zostało dotychczas dokładnie opracowane. Surowicę wstrzykuje się bądź podskórnie, bądź dootrzewnowo.

Péry opisał przypadek ciężkiego zapalenia otrzewny z hipertermją, (41°8), wyleczony wstrzykiwaniami podskórnemi surowicy przeciwpaciorkowcowej. Chora była jednocześnie poddana laparatomji.

Prócz powyższego przypadku ogłoszono w piśmiennictwie kilka podobnych spostrzeżeń.

Ze względu na obecność paciorkowców we krwi i w jamie otrzewny, jest rzeczą konieczną stosować surowicę miejscowo i ogólnie. Leczenie ogólne polega na wstrzykiwaniach podskórnych, leczenie miejscowe uskutecznia się wstrzykiwaniem do jamy otrzewny podczas operacji oraz następowo.

A. Wahl. **W sprawie czynnego leczenia septycznego poronienia nalewką jodową.** (Zur aktiven Behandlung des septischen Abortus mit Jodtinktur). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 14, lipiec 1935 r.

Zdaniem autora wszystkie przypadki poronień, przebiegające z gorączką, podlegają czynnemu leczeniu, jeżeli zakażenie ogranicza się do macicy. Na początku leczenia wstrzykuje się 2 cm^3 rozczynu chininy, zaś po opróżnieniu jamy macicy stosuje się przetwory przysadki i sporyszu. W głębokiem uśpieniu po starannem obmyciu pochwy rozczynem nadmanganianu potasu ściąga się ostrożnie kulociągiem przednią wargę kanału szyjki. Po wyjodynowaniu kanału szyjki określa się zgłębnikiem długość macicy, poczem rozszerzadłami Hegara powolnie rozciąga się kanał szyjki. Następnie zapomocą cewnika Fritsch - Bosemanna uskutecznia się przepłukiwanie jamy macicy rozczynem 0,5%. nadmanganianu potasu w ilości kilku litrów o t°50°. Wreszcie podejmuje się wyskrobanie zawartości macicy. Po ponownem przepłukaniu gorącym rozczynem nadmanganianu potasu zakłada się do jamy macicy tampon z 10% nalewką jodową. Po 5 minutach tampon należy usunąć, poczem ponownie wprowadza się taki sam tampon również na przeciąg 5 minut.

W tych przypadkach, gdy zakażenie szerzy się na przymacicze, przydatki i otrzewną, nadto gdy owrzodzenia sromu i pochwy wskazują na uogólnienie sprawy septycznej opisana metoda jest przeciwwskazana. To samo dotyczy przypadków przebicia macicy lub pochwy.

Leczenie szpitalne zapomocą wspomnianej metody zostało skrócone z 20 dni do 8. Odsetek śmiertelności w przypadkach powikłanych septycznych poronień przy leczeniu zachowawczem wynosił 8%, natomiast przy leczeniu czynnem 0,7%

Pomyślne wyniki leczenia czynnego zależne są od skuteczności następowych przepłukiwań rozczynem nadmanganianu potasu i od działania tamponów z nalewką jodową.

Poważną zaletą leczenia czynnego jest szybkie załatwienie poronienia, usunięcie niebezpieczeństwa krwawienia i znaczne skrócenie trwania pobytu w szpitalu.

DERMATOLOGJA i WENEROLOGJA.

A. Baumüller. **W sprawie leczenia rzeżączki szyjki zapomocą flawadyny.** (Zur Behandlung der Zervixgonorrhöe mit Flavadin). Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 29, lipiec 1935 r.

Flawadyna jest pochodną akrydyny, organicznie związaną z arsenem.

Trudność leczenia rzeżączki szyjki wynika z umiejscowienia się gonokokków pod błoną śluzową. Środki lecznicze stosowane w leczeniu rzeżączki szyjki winny posiadać następujące właściwości.

1) Silne działanie bakterjobójcze.

2) Brak drażniącego działania przy miejscowem stosowaniu.

3) Dobre przenikanie do głębszych warstw błony śluzowej.

Flawadyna w rozczynie 2% odpowiada powyższym wymaganiom.

Sposób użycia: Po przepłukaniu pochwy w celu usunięcia wydzieliny stosuje się wkraplania flawadyny według następującego planu. I-szy dzień $1^1/_2$ cm^3, II-gi i III-ci dzień $3^1/_2$ cm^3, IV-ty i V-ty dzień 4-cm^3, VI-ty dzień przerwa, VII-my dzień 4cm^3. Jeżeli po serji wkraplań gonokokki utrzymują się nadal w wydzielinie szyjki, wówczas leczenie należy powtórzyć.

W razie wystąpienia objawów podrażnienia leczenie należy przerwać. Po wkraplaniach należy starannie usunąć resztki flawadyny w pochwie zapomocą tamponu, poczem zakłada się suchy tampon.

Aby osiągnąć skuteczne wyniki, konieczne jest powolne ukraplanie barwika.

Zakończenie strzykawki należy wprowadzić wgłąb szyjki najwyżej na 2 cm. Wprowadzenie flawadyny odbywa się kroplami. Podczas wkraplania wskazane jest kilkakrotne cofanie strzykawki, aby nadmiar flawadyny swobodnie spływał.

Autor stosował wspomnianą metodę w 168 przypadkach. W większości przypadków gonokokki znikały już po 3 wkraplaniach. Śród ogólnej liczby chorych osiągnięto trwałe wyleczenie w 82,4%, w 17,6% leczenie flawadyną zawiodło.

W kilku przypadkach musiano leczenie przerwać spowodu zapalenia przydatków, w innych razach wystąpiły silne bóle brzucha prawdopodobnie wskutek przedostania się flawadyny do jamy macicy i do jajowodów.

Pod wpływem leczenia flawadyną wydzielina ropna stawała się śluzową, poczem wyciek zupełnie ustąpił.

Dzięki podanej metodzie uzyskano skrócenie czasu trwania leczenia szpitalnego. Wyniki leczenia sprawdzano zapomocą metod prowokacyjnych.

Z przytoczonych spostrzeżeń wynika, iż flawadyna przenika wgłąb błony śluzowej oraz przewodów gruczołów. Bezskuteczność leczenia w 17% przypadków należy tłumaczyć umiejscowieniem się ognisk gonokokków w miejscach niedostępnych dla działania flawadyny.

W tych przypadkach, gdy zawiodło stosowanie flawadyny zużytkowano szczepionki, diatermję i leczenie gorączką. Szczególnie pomyślne wyniki osiągnięto wówczas, gdy obok dawnych metod podjęto miejscowe leczenie flawadyną.

OTO — RYNO — LARYNGOLOGJA.

C. Biehl. **Błędy rozpoznawcze — ból uszu**. (Diagnostische Irrtümer — der Ohrenschmerz). Die ärztliche Praxis Nr. 7, lipiec 1935 r.

Skargi na ból uszu bynajmniej nie świadczą o chorobie uszu. Często w tym wypadku stwierdza się zdrowe przewody słuchowe, prawidłową błonę bębenkową i dobry słuch. Bóle uszu mogą być spowodowane przez spróchniałe zęby, schorzenia gardzieli i krtani, zapalenie ochrzęstnej krtani naprzykład na tle gruźlicy, anginę, ropień migdałkow, zranienia języka przez ostre resztki zębów.

Nerwobóle nerwu potylicowego mogą imitować zapalenie ucha środkowego, a nawet zapalenie wyrostka sutkowego. Bóle uciskowe w ściśle określonym punkcie wyjaśniają istotę sprawy chorobowej. Rozstrzygające znaczenie posiada wziernikowanie. Jeżeli błona bębenkowa nie wykazuje zmian, wówczas bóle nie pochodzą z ucha środkowego.

Podrażnienie zapalne zewnętrznego przewodu słuchowego wywołuje niekiedy bóle, które wzmagają się przy ucisku.

Jeżeli ból jest spowodowany przez zapalenie ucha środkowego, posiada on charakter bólu tętniącego. Znamienna w tym wypadku jest bolesność wyrostka sutkowego przy ucisku. Podczas badania należy starannie zwrócić uwagę, czy istotnie ból powstaje przy ucisku na kość. Nerwobóle nerwów potylicowych, czyraki na skórze wyrostka sutkowego lub na tylnej ścianie przewodu słuchowego mogą imitowac

zapalenie ucha środkowego. Prawidłowa błona bębenkowa i zachowanie sprawności słuchu przemawiają w tych razach przeciwko zapaleniu ucha środkowego.

Niekiedy przy nadmiernie rozwiniętych komórkach wyrostka sutkowego przestrzeń wyrostka sutkowego rozciąga się ku tyłowi lub ku przodowi do łuku jarzmowego. Spowodu osobliwego umiejscowienia bólów w tym wypadku schorzenia ucha środkowego może być przeoczone. Sprawa chorobowa bywa niekiedy mylnie rozpoznana jako nerwobóle lub czyraki.

Niekiedy toczy się ropne zapalenie w dużych komórkach końcowych wyrostka sutkowego, przyczem dochodzi do zapalnego nacieczenia mięśni. Chory uskarża się wówczas na bóle przy obracaniu głowy. Powyższe objawy powodują mylne rozpoznanie gośćca mięśniowego. Dokładne badanie ucha daje możność uniknięcia błędnego rozpoznania.

Bóle w zakresie wyrostka sutkowego nie zawsze stanowią wskazanie do zabiegu operacyjnego. W tych razach należy uwzględnić zmiany w zakresie błony bębenkowej, gorączkę, ropny wyciek z ucha i ogólne samopoczucie. Zwykle bóle ustają po przebiciu błony bębenkowej (samoistnem lub operacyjnem), gdy ropa znajduje swobodny odpływ. Niekiedy niestosowna tamponada, wywołując sztuczne zaleganie ropy, powoduje bóle. Gdy ustaje działanie tamponady, znikają również bóle.

W przebiegu przewlekłego ropienia z ucha środkowego wystąpić mogą bóle spowodu podrażnienia zapalnego przewodu słuchowego przez wyciek ropny. Sprawy ropne ucha środkowego toczą się ponad błoną bębenkową (epitympanal) lub śród błony bębenkowej (mesotympanal). Sprawy ropne nadbębenkowe dotyczą jam obocznych ucha środkowego i łatwo powodują procesy rozpadowe kości. Natomiast sprawy śródbębenkowe nie pociągają za sobą schorzeń kostnych. W przebiegu przewlekłego nadbębenkowego zapalenia ucha środkowego występują nie tylko bóle uszu, lecz również bóle głowy oraz promieniujące bóle po całej stronie chorego ucha. Zaleganie wydzieliny może być nadto spowodowane przez wyrośla lub skupienia woszczku. Po usunięciu przeszkody w odpływie ropy ustępują bóle. Jednak mimo ustania objawów podmiotowych sprawa chorobowa może nadal postępować zwłaszcza w przypadkach ropienia nadbębenkowego.

Należy zaznaczyć, iż rozległe procesy rozpadowe w obrębie wyrostka sutkowego mogą przebiegać bez bólów. Dotyczy to spraw chorobowych uszu w przebiegu płonicy, cukrzycy i gruźlicy. Tak samo po zastosowaniu przekrwienia zastoinowego według Biera bóle cofają się mimo dalszego rozwoju sprawy chorobowej.

Małe dzieci do 2-ch lat nie uskarżają się na bóle uszu w przypadkach zapalenia ucha środkowego. Jeżeli dziecko gorączkuje bez widocznej przyczyny lub po przebyciu nieżytu nosa, zapalenia szyi lub nieżytu oskrzeli, przyczem w nocy krzyczy i chwyta się za ucho, wówczas konieczne jest dokładne badanie ucha. To samo dotyczy chorych zamroczonych.

Celem uśmierzenia bólów ucha stosuje się karbol-glicerynę z dodatkiem małych ilości t-rae opii aquosa. Karbolparafiny należy unikać ze względu na grożące powikłania.

OKULISTYKA.

N. **Ciała obce pod górną powieką.** (Fremdkörper unter dem Oberlid). Deutsche Medizinische Wochenschrtft Nr. 29, lipiec 1935 r.

Ciała obce z łatwością przenikają do górnego fałdu przejściowego spojówki. Szczególnie dotyczy to ciał obcych o chropowatych i ostrych powierzchniach. Ości zbożowe nigdy nie pozostają na tylnej powierzchni powieki górnej, lecz podczas zamykania powiek przesuwają się ku górze i przenikają do błony śluzowej, poczem już nie ulegają ześlizgnięciu ku dołowi. Tak samo sprawa się przedstawia z okruszynami wapna. Jeżeli ciała obce przez dłuższy czas zalegają w górnym fałdzie przejściowym, wowczas wywołują one bardzo szkodliwe następstwa. Jeżeli działają one przyżegająco, wówczas następstwa oparzenia są coraz groźniejsze. W każdym razie ciała obce powodują rozrost błony śluzowej oraz zapalenie spojówki i rogówki. Wobec powyższego konieczne jest w przypadkach wątpliwych nie tylko zwykłe odwrócenie górnej powieki, lecz podwójne odwrócenie zapomocą haczyka Desmarra. Haczyk do powiek winien znajdować się śród narzędzi każdego lekarza. Powiekę górną pociąga się jak przy zwykłem odwracaniu, przyczem chory patrzy ku dołowi. Wówczas haczyk zakłada się przy górnej krawędzi tarczki i później odwija się powiekę okrężnie, jednocześnie haczyk przechyla się ku tyłowi. Jedną rękę można utrzymać powiekę przy krawędzi jednocześnie uchwycić haczyk. Drugą ręką można usunąć ciało obce z rozciągnietej błony śluzowej w obrębie górnego fałdu przejściowego. Często w ten sposób stwierdza się liczne drobne cząsteczki ciał obcych. Po udzieleniu pierwszej pomocy w przypadkach oparzenia oka należy możliwie wcześnie uwidocznić górny fałd przejściowy. Jeżeli się jedynie w zwykły sposób odwraca powiekę i zapomocą masażu usiłuje się dużym palcem uwidocznić błonę śluzową fałdu przejściowego, wówczas jest to poważny błąd. Niekiedy można wykryć obce ciała po upływie kilku tygodni. Jedynem przeciwwskazaniem do odwracania powieki jest podejrzenie przebicia gałki ocznej. W tym wypadku odwracanie powieki może spowodować wyciśnięcie zawartości gałki ocznej.

Skrzynka pocztowa.

PYTANIA.

9. Skurcz naczyń mózgowych i udar mózgowy.

Jak można odróżnić, w okresie wczesnym stan kurczowy naczyń mózgowych od udaru mózgowego? Czy istnieją wczesne oznaki, wskazujące na możliwość szybkiego ustąpienia objawów ogniskowych w przebiegu stanu kurczowego naczyń mózgowych? Jakie są wytyczne dla rozpoznania różniczkowego?

A. L.

10. Masaż wibracyjny w leczeniu opuszczenia żołądka.

Na czem polega działanie masażu wibracyjnego w przypadkach opuszczenia żołądka? Czy istotnie można spodziewać się poprawy w tych razach, gdy inne metody (pas) zawiodły? Jakie aparaty są najstosowniejsze i jaka jest technika leczenia?

D. B.

11. Długotrwałe stosowanie nitrogliceryny.

Chory od dwuch lat stale używa nitroglicerynę w zwykłej dawce co kilka dni spowodu bólów dławicowych. Czy długotrwałe stosowanie nitrogliceryny nie może spowodować ujemnych następstw ubocznych?

L. F.

12. Siarka w leczeniu skazy moczanowej.

Czy stosowanie siarki w leczeniu uporczywych bólów na tle skazy moczanowej jest celowe? Jakie są przepisy w sprawie dawkowania siarki?

R. W.

ODPOWIEDZI.

6. Niemoc na tle cukrzycy.

Odpowiedź byłaby łatwiejsza, gdyby wiadomem było: 1) czy % cukru w moczu nigdy nie przewyższał 0,4% czy też dopiero po diecie małowęglowodanowej spadł do tego minimum, 2) czy niemoc trwająca od roku poprzedzała cukromocz czy też po nim się pokazała i z nim się w przyczynowym znajduje związku, 3) czy badanie kliniczne stwierdza pewne zmiany organizmu w układzie nerwowym (zwłaszcza bóle reumatyczne, drętwienie ręki, stóp, arefleksję, zaburzenia pęcherza). Niemoc widzimy nierzadko w cukrzycy trzuskowej, przysadkowej i innych postaciach hormonalno-wkrewnych. Naogół niemoc djabetyków należy do ciężkich, a insulina zdaniem angielskich autorów wpływa na nią mniej pomyślnie jak na inne objawy.

Dr. H. Higier (Warszawa).

* * *

Niemoc płciowa pojawić się może zarówno na tle cukrzycy jak i bez cukrzycy. Aby określić czy niemoc powstała na tle cukrzycy, należy przedewszystkiem zdać sobie sprawę z przebiegu cukrzycy. Musimy wiedzieć: 1) czy mamy do czynienia z osobą ważącą dostatecznie, nadmiernie, czy też niedostatecznie; 2) jaki jest przybliżony bilans węglowodanowy przy określonej ilości spożywanych ciepłostek, a więc ile chory otrzymuje ciepłostek oraz węglowodanów, również ile wydziela przez dobę cukru; 3) czy przy żywieniu dostatecznem, t. j. 30 ciepł. na kg. wagi należnej oraz 100—150 g. węglowodanów, cukromocz sięga liczby znacznej, to znaczy, czy bilans zbliża się do ujemnego (wówczas grozi ketoza).

Znając powyższe dane moglibyśmy dopiero orzec, czy wspomniany chory cierpi spowodu cukrzycy, a więc, czy na jej tle mogą powstać powikłania (niemoc) i czy wskazane jest leczenie insuliną oraz czy możemy oczekiwać poprawy przy tym sposobie leczenia.—

Doc. Dr. J. Węgierko (*Warszawa*).

* * *

Mechanizm powstawania niemocy płciowej w przebiegu cukrzycy nie jest jeszcze dokładnie znany i dlatego panują bardzo różne poglądy zarówno co do samej możliwości, jak i najwłaściwszych sposobów leczenia tego objawu. Osobiście rozróżniam cztery oddzielne wypadki:

1) Albo zaburzenia seksualne są wynikiem ogólno-ustrojowej niedomogi o charakterze *wrodzonej lub zadawnionej dyshormonozy*, odpowiedzialnej również za cukrzycę; te przypadki cechują pewne odchylenia w konstytucji cielesnej, przejawiającej się nierzadko i w budowie narządów płciowych oraz ich czynnościowej niedostateczności od początku życia płciowego, równorzędnie ze słabością popędu. Leczenie polegać tu musi przedewszystkiem na substytucji organoterapeutycznej, a więc na podawaniu w sposób przewlekły większych dawek wyciągów gruczołowych, wzgl. preparatów hormonalnych, w grę wchodzą: przysadka, jądra i trzustka, do których to zasadniczych składników można próbować dodawać jeszcze wyciągów z najądrza, wątroby, gruczołu krokowego i, w pewnych wypadkach, tarczycy lub nerek. Insulina wskazana tam, gdzie nie udaje się doprowadzić do odcukrzenia samą tylko dietą. Przypadek podany do tej grupy prawdopodobnie nie należy.

2) Albo zaburzenia płciowe zależą od organicznego zwyradniającego procesu w rdzeniu, powstałego na tle cukrzycy, a niesłusznie zaliczanego do zapaleń — Myelitis diabeticorum; w tych przypadkach istnieją i inne objawy cierpienia rdzenia, w najdyskretniejszych postaciach ograniczające się do zaburzeń w urynowaniu, braku odruchów jądrowych i zazwyczaj innych anomalij w odruchach fizjologicznych

kończyn dolnych. Pod względem seksualnym, sprawa zaczyna się najczęściej od zaburzeń wytrysku i orgazmu, nasilając się obejmuje również i erekcję, częściej odruchową, niż psychopochodną, prawie nigdy nie odbija się na popędzie i apetycie płciowym. Zależy co do swej intensywności nie od działania mechanizmów gospodarki węglowodanowej, ale od aktualnego stanu dróg rdzeniowych. W związku z czem leczenie tych spraw jest trudne i wymaga równoczesnego z insuliną podawanie preparatów wątrobowych, śledzionowych i śluzówki żołądka, w późniejszych okresach zastrzyków strichniny lub podawania tetrophanu. Przypadek opisany i pod tę kategorję nie podchodzi.

3) Albo też niedomoga seksualna jest wyrazem *ogólnej niedomogi wegetatywno-hormonalno-troficznej* powstałej w związku ze złą gospodarką i *znacznie zaburzoną przemianą zwłaszcza, ale nietylko węglowodanową*. Chodzi tu o przypadki cukrzycy stosunkowo niedawno istniejącej, przebiegającej dość ostro, z wyniszczeniem ogólnem, a przynajmniej z wychudzeniem, z objawami nadpobudliwości nerwowej, ze skłonnością do acetonurji. Tu przedewszystkiem rzucać się będzie w oczy brak erekcji, a przynajmniej bardzo rzadkie jej występowanie, oburzenie się apetytu płciowego, silne zmęczenie po odbytym stosunku płciowym, przy niezalterowanym wytrysku. Wysiłki lecznicze muszą wtedy mieć przedewszystkiem na celu opanowanie przyczyny, a więc odcukrzenie ustroju, długotrwałe utrzymanie go w tym stanie, podniesienie odżywiania. Potem dopiero można przystąpić do podawania leków grupy tonica (fosfór, strychina) i aphrodisiaca (Muira Puama, Damrana, Ginseng i — zawsze pod kontrolą badań moczu! — Yohimbina) Z innych leków — na miejscu jest wapń i organoterapja jądrowa. W ostateczności próbować można naświetlań przysadki.

4) Albo, wreszcie, niemoc płciowa, powstała jak powyżej — w p. 3), utrzymuje się mimo poprawę ogólną, wskutek wstrząsu psychicznego, jakim dla każdego mężczyzny jest przejściowa nawet niezdolność do spółkowania. Ten typ mieszanej, *cukrzycowo-psychicznej impotencji* jest stosunkowo najczęstszy. Różni się klinicznie od poprzedniego przedewszystkiem przebiegiem, znacznie dobrotliwszym, współistniejącej cukrzycy. Pozatem, zwykle pociąg płciowy jest normalny lub tylko nieznacznie oburzony, tak, że powstaje znaczniejsza dysharmonja pomiędzy apetytem seksualnym a możnością zadośćuczynienia mu. Wkońcu, brak erekcji jest tylko względny, to znaczy, że czasami występuje ona zupełnie prawidłowo nawet w nieobecności partnerki, brak jej jest zaś w najbardziej pożądanym momencie, nierzadko brak wzwodu wikła się w tych przypadkach jeszcze zbyt szybkim wytryskiem, kiedyindziej, brakiem wytrysku. Leczniczo, obok wymienionego powyżej leczenia (przyczem insulinę należy stosować tu raczej w maleńkich, często powtarzanych dawkach, a organoterapję jądrową w dawkach masywnych), wchodzi tu w grę odpowiednia

psychoterapja, powolne wdrażanie w życie płciowe przy właściwej dyjetetyce seksualnej oraz środki uspakajające (kozłek, sole bromowe, passicratina i t. p.). Przypadek ,o którym mowa, należy prawdopodobnie do grupy 3 lub 4.

Dr. Stanisław Higier (Warszawa).

Mgr. A. H.

Zwiedzamy Fabryki Polskie.

W zbiorowym wysiłku krajowego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, zmierzającym do uniezależnienia się od przetworów zagranicznych, uczestniczyły również zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne „Vapor", Balkowski & Herynowski, Warszawa.

Po licznych doświadczeniach, podjętych przez pierwszorzędne siły fachowe firma „Vapor" przystąpiła do wytwarzania przetworów „Emphysal" i „Uron", które w zupełności zastępują uprzednio stosowane specyfiki zagraniczne.

Wymienione przetwory znalazły rozległe zastosowanie w codziennej praktyce lekarskiej.

„Emphysal" jest to rozczyn dwujodku kofeiny i teobrominy, „Emphysal" usuwa duszność na tle dychawicy, rozedmy, nieżytu oskrzeli schorzeń serca, nerek, pozatem „Emphysal" wywiera korzystne działanie na sprawność mięśnia sercowego i na naczynia obwodowe (dzięki kofeinie), obniża ciśnienie tętnicze krwi (działanie jodu) oraz zwiększa diurezę (wpływ teobrominy).

„Emphysal" nie posiada żadnych przykrych działań ubocznych. Tolerancja ustroju w stosunku do „Emphysalu" trwa czas nieograniczony, wobec tego lek ten może być z powodzeniem stosowany u danego chorego przez wiele miesięcy bez przerwy, — *okoliczność szczególnie ważna w przypadkach przewlekłych.*

Wskazania:

Rozedma płuc (Emphysema pulmonum), Dychawica sercowa i oskrzelowa (Astma cardiacum et bronchiale), Miażdżyca tętnic zarówno obwodowych, jak i wieńcowych (Arteriosclerosis). Wzmożone ciśnienie krwi (Hypertensio) Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych (Bronchitis chron.).

Sposób użycia: 3—5 łyżeczek od herbaty wlać do $1/2$ szklanki wody dobrze osłodzonej i używać potrosze w ciągu dnia. Podczas napadu duszności 6—8 łyżeczek dziennie. Dzieci 2—3 łyżeczek dziennie w zależności od wieku.

W ciągu krótkiego czasu „Emphysal" zdobył sobie w rozległych kołach lekarskich zupełne uznanie, o czem świadczą liczne przy-

chylne opinje świata lekarskiego (prof: dr. K. Orzechowski, prof. dr. M. Semerau-Siemianowski, prof. dr. Leon Kryński, Dr. med. Czesław Otto, Dr. Rosnowski).

* * *

„Uron" jest pełnowartościowym i nader skutecznym środkiem przeciwartretycznym, ponieważ dzięki zawartym w nim składnikom 1⁰ przyśpiesza procesy utleniania w ustroju, zmniejszając wybitnie powstawanie endogennego kwasu moczowego, 2⁰ rozpuszcza wykrystalizowany już kwas moczowy oraz jego sole, 3⁰ działa moczopędnie, 4⁰ alkalizuje mocz, oraz 5⁰ dzięki zawartej w nim sześciometylenoczworoaminie odkaża wydatnie drogi moczowe.

„Uron" działa skutecznie w tych schorzeniach, które powstają na tle artretyzmu; w zupełności zastępuje Urodonal zagraniczny; należą tu: przewlekła dna stawów, podagra, nerwobóle, rwa kulszowa (ischias), postrzał (lumbago Hexenschuss), wyprysk (egzema), pokrzywki świąd, złogi moczanów w miedniczkach nerkowych i pęcherzu moczowym, które powodują stany zapalne dróg moczowych.

Skład:

„Uron" zawiera:

Ac. chinicum,	Piperazinum purissimum
Ac. citricum	Hexamethylentetramin
Ac. tartaricum	Natr. bicarbonicum
Lithium carbonicum	Sacchar album

Lisidinum bitartaricum

Postać. „Uron" przedstawia się w postaci białych ziarenek, dających w połączeniu z wodą musujący płyn o przyjemnym orzeźwiającym smaku.

Wskazania. Skaza moczanowa, wszelkie postacie dny, zapalenie zniekształcające stawów, rwa kulszowa, kamica nerkowa i pęcherzowa, zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza, lumbago, wyprysk, świąd skóry, pokrzywki, obrzęk Quinckego, schorzenia wątroby, kamica żółciowa.

Przeciwwskazania praktycznie nie istnieją. Długotrwałe stałe podawanie „Uronu" nie daje objawów przyzwyczajenia lub nietolerancji, przedewszystkiem nie powoduje zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

„Uron" może być przyjmowany przez dorosłych i dzieci.

Dawkowanie: Dla dorosłych po 1 łyżeczce od herbaty na $^1/_2$ szklanki wody 3 — 4 razy dziennie w 2 godziny po jedzeniu.

W przypadkach ostrych do 6 łyżeczek dziennie.

W przypadkach przewlekłych dla zapobieżenia ewentualnym nawrotom cierpień artretycznych należy powtarzać kurację „Uronem" przez jeden tydzień w miesiącu w ilości 3 łyżeczek dziennie.

Dla dzieci do lat 15 — 2 łyżeczki od kawy dziennie.

Opakowanie: Flakon zawiera ca 80 gr. ziarenek.

Kwas moczowy jest skutecznie rozpuszczany i wydalany z ustroju przez „Uron".

Kronika.

XI Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich.

XI Zjazd Tow. Internistów Polskich odbędzie się 26, 27. 28.IX 1935 r. w Łucku. Referaty główne są następujące: I temat: marskość wątroby. Anatomja patologiczna: referenci: Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. A. Pruszczyński. Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek. II temat: ropne sprawy płucne. Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki. Klinika: referent Doc. Dr. Z. Górecki. Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski. Zgłoszenie w Zjeździe oraz wszelkie zapytania w sprawach mieszkaniowych, technicznych (projekcje, epidjaskopja i t. p.) i komunikacyjnych należy kierować do przewodniczącego Komitetu Miejscowego — Lekarza Wojewódzkiego p. Dr. Witolda Habicha (Łuck, Kolonja Urzędnicza). Opłata zjazdowa, wpłacona równocześnie ze zgłoszeniem udziału w Zjeździe, wynosi zł. 20.—. Na Zjazd zgodnie z regulaminem mogą być zgłaszane: 1) badania kliniczne na chorych, 2) badania doświadczalne, dotyczące zagadnień, stojących w związku z medycyną wewnętrzną, 3) przypadki kazuistyczne o wysokiej wartości rozpoznawczej i leczniczej, 4) własny materjał kazuistyczny, oświetlający pewne zagadnienia z medycyny wewnętrznej i dziedzin pogranicznych, 5) opis nowych metod badania oraz leczenia. Natomiast nie mogą być przyjmowane dla wygłoszenia na Zjeździe streszczenia poglądowe. Referaty należy zgłaszać do Sekretarza Zarządu Głównego T. I. P. p. Dra Józefa Wacława Grotta, Warszawa, ul. Wspólna 28, napóźniej do dnia 20 lipca b. r. Przekroczenie tego terminu może narazić prelegenta na nieumieszczenie jego referatu w programie Zjazdu, co w/g. statutu odebrałoby mu możność wygłoszenia wykładu na Zjeździe. Oprócz dokładnego tytułu referatu i warsztatu, w którym praca została wykonana, powinno być nadesłane jednocześnie jego streszczenie. Winno ono obejmować w zwięzłej formie (nie więcej niż 20—25 wierszów Pol. Arch. Medycyny Wewnętrznej) najwyżej cel pracy, zastosowaną metodykę i otrzymane wyniki: Zastępowanie streszczenia planem referatu lub całym referatem jest niedopuszczalne. Referaty, nadesłane bez streszczeń nie mogą być uwzględnione. Również nie mogą być przyjęte referaty, których treść nie odpowiada wymaganiom od

referatów zgłaszanych na Zjazd. W razie nieprzyjęcia referatu nadesłanego ze streszczeniem, zgłaszający referent będzie powiadomiony o tem najpóźniej w trzy tygodni po nadesłaniu referatu. Streszczenia referatów są drukowane w protokółach Zjazdu, przyczem Redaktorowi Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej przysługuje prawo ich skrótu. O ile referent zgłoszonego referatu na Zjazd nie przybywa, jego referat spada z porządku i o nim nie czyni się wzmianki w protokółach Zjazdu. Również spadają z porządku i nie są ogłaszane w protokółach Zjazdu streszczenia tych referatów, których autorowie, jakkolwiek przybyli na Zjazd, nie wygłoszą referatu wskutek nieobecności na posiedzeniu. Streszczenia natomiast referatów nie wygłoszonych wskutek braku czasu—drukuje się w protokółach Zjazdu. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosić będzie 20.— zł. (za osobę towarzyszącą 10.— zł.) (Asystenci klinik i szpitali opłacają 10.— zł.). (Dz. Urz. Izb Lekarskich Nr. 9, 1935 r.).

Redaktor i wydawca: **Mr. A. HIRSZFELD.**

Warunki prenumeraty: Rocznie zł. 6.—, półrocznie zł. 3.50, pojedynczy Nr. zł. 1.—
Ogłoszenia: cała strona zł. 150, 1/2 str. zł. 80.—, 1/4 str. zł. 45. Okładki o 30% droższe.

Numer wychodzi w pierwszej połowie każdego miesiąca.

Zakłady Graficzne B. Pardecki i S-ka, Warszawa, tel. 5-22-05